

Bienestar psicológico y cáncer de mama

CARMEN REGINA VICTORIA GARCÍA-VINIEGRAS*

Universidad Médica de La Habana, Cuba

Y

MARITZA GONZÁLEZ BLANCO

Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", Cuba

Abstract

Psychological aspects such as coping styles, worries, disease perception and psychological consequences of treatment in women with breast cancer are discussed in this article. Self-confidence, emotional stability, hardiness, positive affects, self-esteem, as well as successful coping with stress, particularly with disease stress, changes in life style, and personality factors which may explain psychological wellbeing, are analyzed.

In such analysis, it is taken into account some demographic and social variables, as well as medical issues, which influences breast cancer patient's quality of life and wellbeing. Importance of health policies, including psychological elements, in order to improve psychological wellbeing in these women is remarked.

Key words: psychological wellbeing, breast cancer, quality of life, psycho-social factors.

Resumen

Se plantean los aspectos psicológicos más relevantes estudiados en las mujeres con cáncer de mama, tales como estilos de afrontamiento, preocupaciones, valoraciones de su enfermedad y efectos psicológicos del tratamiento. Se analizan los determinantes del bienestar psicológico de las pacientes, tales como la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima, así como el afrontamiento satisfactorio a situaciones de estrés, entre ellas al estrés de la enfermedad, y a los cambios que esta impone en el estilo de vida.

Se considera en este análisis la influencia de determinadas variables sociodemográficas, así como de variables clínicas, que influyen en la calidad de vida y el bienestar de las pacientes con cáncer de mama. Se destaca la necesidad de que las estrategias de atención sanitaria a las pacientes con cáncer de mama incluyan elementos clínico-psicológicos que promuevan una mejoría del bienestar psicológico de estas mujeres.

Palabras clave: cáncer de mama, bienestar psicológico, calidad de vida, factores psicosociales.

Introducción

La prevalencia de cáncer de mama ha aumentado en la sociedad contemporánea, debido, entre otras cosas, al aumento de la expectativa de vida de la mujer. Actualmente en el mundo el cáncer de mama

ocupa el primer lugar de todas las localizaciones para ambos sexos.

También en nuestro país muestra la más alta tasa de incidencia según principales localizaciones, así como la más alta tasa de incidencia de cáncer en población femenina de 40 y más años de edad

* Correspondencia: Carmen Regina Victoria García-Viniegras. Universidad Médica de La Habana (Cuba). Correo electrónico: crvictor@infomed.sld.cu.

(MINSAP, 2001). En Estados Unidos, Bloom y colaboradores han señalado que la tercera parte de los cánceres de mama son diagnosticados antes de los 50 años de edad (Bloom, 2001).

Esta enfermedad, como todas las crónicas, ha merecido una particular atención en cuanto a los mecanismos psicológicos de ajuste que se desencadenan en el proceso de afrontamiento a la misma.

Los aportes de la psicología de la salud han facilitado la investigación de factores psicológicos considerados predisponentes a las enfermedades crónicas, así como de aquellos vinculados a la evolución y tratamiento de estas patologías (Hernández & cols., 2006). El objetivo último de esta investigación es tomar en consideración dichos factores a la hora de elaborar estrategias de prevención o de tratamiento que contribuyan a aumentar la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas.

Las ciencias de la salud deben contribuir a lograr personas sanas y a potenciar los niveles de calidad de vida en aquellas que padecen algún tipo de enfermedad. De hecho, la calidad de vida en los enfermos crónicos y en grupos especiales de riesgo ha sido objeto de estudio en las últimas décadas. En particular el bienestar psicológico, como dimensión subjetiva de la calidad de vida, o lo que es lo mismo, la felicidad, debe ser atendido y promovido por las acciones de salud.

La persona feliz, según Diener, es aquella con un temperamento positivo, con tendencia a ver el lado favorable de las cosas y que no “rumia” demasiado acerca de los eventos malos, tiene confidentes y amigos y posee adecuados recursos para encaminarse al logro de sus metas significativas (Diener, 2002), y por ende posee recursos para enfrentar satisfactoriamente las llamadas situaciones de estrés.

Según este autor, se hace necesario examinar el contexto en el que se desarrollan las experiencias de las personas, los valores, las metas, cuando se evalúa la influencia de los eventos externos sobre la felicidad. También los llamados factores internos juegan un considerable papel, en especial las estructuras de la personalidad, en virtud de las cuales los eventos y las circunstancias son percibidos de una determinada manera.

Bienestar psicológico y cáncer de mama

Dentro de los eventos vitales que pueden acontecer a las personas, no hay duda de que las enfermedades crónicas, especialmente aquellas socialmente estigmatizadas como es el caso del cáncer, imponen una serie de demandas que movilizan en un sentido u otro los recursos de afrontamiento (Stanton, 2000).

Las repercusiones de la enfermedad en una paciente con cáncer de mama se expresan en todas las esferas de la vida: la familiar, la relación de pareja y la laboral y social (Soriano, 1997). Este daño en la vida sexual y las relaciones de pareja de la paciente, se encuentra fundamentado en las creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos (Benjamin & cols., 2002; Mathews & cols., 2002; Compas & Luecken, 2002).

Los sufrimientos o trastornos que aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (Barbón & Beato, 2002). La depresión, reacción emocional muy frecuente en los enfermos crónicos al debut de su enfermedad, ha sido estudiada por Ford, quien encuentra que los síntomas depresivos se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y con el apoyo social (Ford, 2002). Zhao y colaboradores encontraron en las mujeres con cáncer de mama mayores niveles de depresión y ansiedad, así como un afrontamiento más negativo a la misma (Zhao & cols., 2001).

Sin embargo, Torrico y colaboradores señalan que, después de una primera fase de adaptación a la enfermedad, las mujeres con cáncer de mama consiguen controlar sus reacciones emocionales, no encontrando diferencias significativas con mujeres sanas en lo que respecta a indicadores de depresión (Torrico, Santín, López & Andrés, 2003). También Nosarti encuentra que los síntomas psicopatológicos son mayores cuando el diagnóstico está pendiente de confirmación que pasado un año del mismo (Nosarti, 2002).

La literatura, así como la experiencia clínica, reporta que, en muchos casos, estas pacientes no aceptan completamente su enfermedad, mostrando

gran variedad de sentimientos de inconformidad tales como: rechazo, ira, temor o desesperanza, que pueden ir desapareciendo en la medida en que se va extendiendo la sobrevida (Sirgo, 2001).

De igual manera la preocupación de la transmisión hereditaria a los hijos, el miedo a la muerte, los dilemas relacionados con el trabajo, los cambios en la interacción social, las amenazas del bienestar espiritual, la pérdida de la esperanza, la incertidumbre sobre el futuro y la trascendencia del diagnóstico del cáncer, contribuyen a que estas mujeres modifiquen en gran medida su bienestar (Appleton & cols., 2001; Hagoel & cols., 2001; Decruyenaere & cols., 2001; Broadstock & cols., 2001).

El tratamiento del cáncer de mama requiere, en la casi totalidad de los casos, de una intervención quirúrgica, más o menos mutilante. Desde el punto de vista estético, el caso más extremo es la llamada cirugía radical. Algunos estudios reportan en pacientes intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama un cierto estilo represivo de afrontamiento en su personalidad, caracterizado por baja ansiedad y alta debilidad social (Sirgo, 2001).

Todo procedimiento quirúrgico en patologías mamarias producirá efectos psicológicos sobre la persona, a causa de cambios que ocurren en la autoconceptualización y en la imagen corporal. (González & Victoria, 2004; Mathews, 2002; Fobair & cols., 2002; Bultz & cols., 2002).

La mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por una distorsión de su imagen corporal y por una cierta incapacidad de asumir sus compromisos sociales. Se señalan afectaciones del autoconcepto y la identidad en pacientes sometidas a diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas por cáncer de mama, siendo las más afectadas las pacientes mastectomizadas.

La situación objetiva que requiere la movilización de los recursos de afrontamiento de la paciente con cáncer de mama está dada precisamente por los cambios en la imagen corporal de acuerdo con el tipo de cirugía y posibilidades de reconstrucción, así como por los efectos físicos o psicológicos de los otros recursos terapéuticos empleados (Stanton & cols., 2002; Tomich & Helgeson, 2002).

Una revisión de la literatura especializada nos demuestra que, prácticamente, no existen estudios

que, de manera integral, evalúen la calidad de vida y el bienestar de las pacientes con cáncer de mama. La complejidad del concepto y la falta de instrumentos de evaluación justifican este déficit. No obstante, algunas aproximaciones en el diseño de instrumentos de evaluación de calidad de vida en este tipo de pacientes han sido realizadas (Gordon, 2000; Lugo & cols., 2002).

Condicionantes del bienestar psicológico

Al estudiar el bienestar psicológico, especial atención ha merecido para los investigadores los elementos que pueden ser determinantes o moduladores del mismo, entre ellos los factores de personalidad (Harrington & Loffredo, 2001). La personalidad de la mujer que enfrenta el cáncer de mama condicionará el afrontamiento al mismo y, por ende, su bienestar.

En general se señala que la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima pueden condicionar los niveles de bienestar en cualquier etapa del ciclo vital (DeNeve & Cooper, 1998), así como la autodeterminación y habilidad de competencia (Diener & cols., 2003).

Podemos, pues, considerar que la mujer que posea altos niveles de autoestima y extraversión (en tanto apertura a las experiencias y la proyección de futuro que esta conlleva) tendrá una mayor propensión al bienestar psicológico.

Algunos autores identifican determinadas categorías de personalidad como predisponentes a desarrollar un afrontamiento satisfactorio a las situaciones de estrés, entre ellas al estrés de la enfermedad, y a los cambios. Así, Antonovsky (1987) habla acerca del funcionamiento mental óptimo y el llamado “sentido de coherencia”.

Según este autor, el sentido de coherencia se expresa por la capacidad de una persona para afrontar las demandas del medio, percibir los desafíos que lo movilizan y orientarlo positivamente hacia la vida. Podemos considerar que una persona con estas características logra mayores niveles de bienestar. De hecho, se observa una estrecha relación entre bienestar y afrontamiento, en esta dirección, es decir, que la persona con mayor nivel de bienestar está mejor preparada para desarrollar afrontamientos satisfactorios.

Se señala que, además de los recursos físicos de salud y energía, es imprescindible que la persona posea un grupo importante de recursos psicológicos que viabilicen su implicación y persistencia en el afrontamiento de los problemas (Roca, 2007).

La capacidad de controlar los eventos de la vida y la proyección de futuro (elaboración de planes y proyectos) hace a las personas competentes para controlar los eventos que le acontecen, capaces de desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento (Veenhoven, 1995).

Algunos autores destacan la importancia de la evaluación que la mujer hace acerca de su enfermedad, sobre el funcionamiento psicológico. Una evaluación inicial de la enfermedad como un riesgo y una autoevaluación posterior de autoconfianza en la efectividad para afrontar el desafío que la enfermedad impone suele garantizar un buen nivel de bienestar en estas pacientes (Hernández, 2006).

También Stanton y colaboradores encontraron que un afrontamiento de aceptación activa, según el cual la mujer debe comprometerse en su autocuidado y en otras metas significativas de su vida, proporciona un mejor ajuste psicológico a largo plazo (Stanton, Danoff-Burg & Huggins, 2002).

El afrontamiento caracterizado por una negación del problema, por el contrario, se acompaña, según los resultados obtenidos por Schnoll y colaboradores, de bajos niveles de bienestar (Schnoll, Knowles & Harlow, 2002; McCaul & colaboradores, 1999). Similares resultados encontraron Del Mar González y colaboradores al comprobar un uso más frecuente de estrategias de búsqueda de apoyo social, solución de problemas, distanciamiento y reevaluación positiva, que se acompañaba de menores niveles de ansiedad y depresión, todo lo cual funcionaba como un mecanismo protector contra el estrés de la enfermedad en las mujeres con cáncer de mama (Del Mar González & cols., 2001).

Aquellas estrategias en las que se halla presente el control percibido sobre la situación favorecen el afrontamiento adecuado y el bienestar (Sosa & colaboradores, 1999; Astin & colaboradores, 1999). Otros autores han señalado los beneficios de un afrontamiento con expresividad emocional (Stanton & cols., 2000).

Al igual que en otras situaciones de estrés, el afrontamiento que utiliza como recurso el apoyo social resulta muy favorable (Bourjolly & Hirschman, 2001). También el apoyo que reciba la paciente de su pareja resulta un elemento muy positivo en el enfrentamiento a la enfermedad (Schonholtz, 2001).

Diversos estudios se han desarrollado para valorar la influencia de determinadas variables sociodemográficas, así como clínicas y psicosociales, que influyen en la calidad de vida y el bienestar de las pacientes con cáncer de mama. Al igual que en otras situaciones de estrés, el apoyo social, en particular el de la familia y la pareja, ha sido invocado como factor amortiguador de los efectos de la enfermedad sobre el bienestar (Tomich & Helgeson, 2002; Stanton & cols., 2002).

Así como en el resto de las enfermedades crónicas, el tiempo de evolución de la patología puede modificar los efectos psicológicos sobre los pacientes. El bienestar psicológico de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama suele ser desfavorable en la etapa inmediata al diagnóstico con relación al nivel de bienestar posterior (Frost & cols., 2000).

Algunos trabajos apuntan a la existencia de factores que condicionan una respuesta anímica desfavorable a la acción quirúrgica, tales como depresión y temores, y se señalan entre ellos las relaciones interpersonales poco satisfactorias, el tiempo de evolución de la enfermedad y características de personalidad (Lugo & cols., 2002).

Casi todos los autores coinciden en señalar que los sufrimientos psicológicos dependerán de la edad, el entorno familiar, laboral y social, y de características de personalidad, así como de la estrategia de afrontamiento al estrés de la enfermedad que la paciente desarrolle (Borbón & Beato, 2002). En general, se reconoce el papel importante que tienen los problemas emocionales relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad (Lindley & cols., 1998).

En las diferentes culturas el cuerpo humano y cada una de sus partes poseen una determinada connotación. En el caso de la mujer, las mamas han constituido generalmente una parte importante de la belleza corporal, un símbolo de la sexualidad y, de hecho, una zona erógena importante, así como una representación de la maternidad, pues de hecho

constituyen las glándulas cuya función es la alimentación de la cría en todos los mamíferos.

Podemos suponer que el daño o la pérdida de una o ambas mamas traigan como consecuencia una afectación de cualquiera de los elementos señalados, es decir, malestares o sentimientos de pérdida de esas funciones y significados, lo cual se agrega a la afectación psicológica propia de ser portadora de una enfermedad tan estigmatizada como es el cáncer. En esta patología suele estar afectada la identidad propia de la mujer, su imagen corporal y su autoestima (Thorne & Murray, 2000).

Se ha observado que la connotación social de esta enfermedad suele ser más severa que la propia percepción que de ella tienen las mujeres afectadas. En un estudio comparativo entre mujeres con cáncer de mama y mujeres no enfermas se encontró que las sanas tenían una idea peor de los padecimientos y del pronóstico de la enfermedad que las propias enfermas (Buick & Petrie, 2002).

De hecho, el afrontamiento a cualquier enfermedad y a la muerte tiene una connotación distinta en las diferentes culturas. En particular, en el hecho del cáncer de mama, Kelison (2002) ha estudiado que el afrontamiento a este tiene una interpretación religiosa y espiritualista en mujeres centroamericanas y mexicanas de bajo nivel cultural, cuyas familias también mostraban un afrontamiento con matiz religioso.

La influencia de las creencias religiosas sobre el afrontamiento a la enfermedad en estas pacientes ha sido estudiado también por Gall y Cornblad, quienes encuentran que los recursos espirituales pueden contribuir a que dichas pacientes hagan una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal (Gall & Cronblad, 2002).

Sin embargo, Culver y colaboradores no encontraron diferencias significativas en los estilos de afrontamiento empleados en mujeres norteamericanas de diferentes procedencias culturales (Culver & cols., 2002).

Por otra parte, debe señalarse que el cáncer de mama suele coincidir con una etapa especial en la vida de la mujer, que es el climaterio, el cual suele ubicarse entre los 40 y 60 años de edad, por lo que puede resultar difícil deslindar las alteraciones que

corresponden a la condición de padecer cáncer de aquellas vinculadas al síndrome climatérico como tal.

El llamado síndrome climatérico es muy frecuente, pues ocurre en 2 de cada 3 mujeres. Se plantea que en este síndrome se presentan, con relativa frecuencia, alteraciones psicológicas como irritabilidad, depresión, ansiedad, nerviosismo, disminución de la libido; alteraciones genitourinarias como sequedad vaginal, prurito, disuria, incontinencia urinaria y prolapsos; y síntomas neurovegetativos como sofocación, sudaciones, cefalea, parestesias, insomnios. Estas alteraciones están condicionadas por factores relacionados con el medio en que se desenvuelve la mujer y por factores influidos por su carácter y personalidad (Victoria & Maestre, 2003).

Además, hay que tomar en consideración que el cáncer es estimado, desde el punto de vista cultural, como una enfermedad estigmatizante, lo cual trae consigo que las personas que rodean al paciente tengan una visión muy negativa acerca de él, que los propios enfermos la tengan acerca de sí mismos, así como que las personas en riesgo de padecer cáncer tengan un temor permanente a la enfermedad (Decruyenaere, 2001).

De esta manera, el hecho de que una persona padezca cáncer modifica el sistema de relaciones sociales (familia, amigos, conocidos) establecido hasta el momento. Pueden observarse expresiones de minusvalía, de los demás hacia la enferma o de la enferma hacia sí misma, o expresiones de estoicismo en forma de juicio de los demás hacia la enferma, en caso de un afrontamiento satisfactorio, o expresiones de miedo a la muerte, sentimientos de incertidumbre o sensación de amenaza a su existencia futura.

El estigma del cáncer produce en ocasiones un efecto de verdadero freno al desarrollo individual y social en la vida del enfermo, no atribuible, en modo alguno, a las limitaciones reales que impone la enfermedad.

Debido al estigma existente en todo lo relacionado con el cáncer, la paciente con cáncer de mama y su familia pueden ver en este diagnóstico un presagio de muerte o de minusvalía (Soriano, 1997).

Dada la determinación multifactorial del bien-

estar psicológico, puede decirse que una enfermedad, en nuestro caso, el cáncer de mama, aunque sea crónica y por tanto potencialmente limitante, no lleva implícita la condición de infelicidad.

Factores tales como estadio de la enfermedad, tiempo de supervivencia y los diferentes tratamientos aplicados, así como la personalidad, los recursos individuales y sociales que median para el afronta-

miento y la estrategia de afrontamiento resultante, marcan, sin duda, una determinada calidad subjetiva de la vida de estas pacientes.

Por todo lo cual las estrategias de atención sanitaria a las pacientes con cáncer de mama deben incluir los elementos clínico-psicológicos que promuevan una mejoría del bienestar psicológico.

Referencias

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Appleton, S., Fry, A., Rees, G., Rush, R. & Cull, A. (2001). Psychosocial effects of living with an increased risk of breast cancer: an exploratory study using telephone focus groups. *Psycho-oncology*, 9(6), 511-521.
- Astin, J. A., Anton-Culver, H., Schwartz, C. E., Shapiro, D. H., McQuade, J., Breuer, A. M., Taylor, T. H., Lee, H. & Kurosaki, T. (1999). Sense of control and adjustment to breast cancer: the importance of balancing control coping styles. *Behavioral Medicine*, 25(3), 101-109.
- Benjamin, B., Ziginskas, D., Harman, J. & Meakin, T. (2002). Pulsed electrostatic fields (ETG) to reduce hair loss in women undergoing chemotherapy for breast carcinoma: a pilot study. *Psycho-Oncology*, 11(3), 244-248.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M. & Banks, P. (2001). General and specific measures of quality of life in younger women with breast cancer. En A. Baum & B. L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 37-56). Washington: American Psychological Association.
- Borbón, J. E. & Beato, A. I. (2002). Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(1), 47-53.
- Bourjolly, J. N. & Hirschman, K. B. (2001). Similarities in coping strategies but differences in sources of support among African American and White women coping with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 19(2), 17-38.
- Broadstock, M., Michie, S., Gray, J., Mackay, J. & Marteau, T. M. (2001). The psychological consequences of offering mutation searching in the family for those at risk of hereditary breast and ovarian cancer. A pilot study. *Psycho-Oncology*, 9(6), 537-548.
- Buick, D. L. & Petrie, K. J. (2002). "I know just how you feel": the validity of healthy women's perceptions of breast-cancer patients receiving treatment. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(1), 110-123.
- Bultz, B. D., Speca, M., Brasher, P. M. & Geggie, P. H. (2002). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 9(5), 303-313.
- Compas, B. & Luecken, L. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 11(3), 111-114.
- Culver, J. L., Arena, P. L., Antoni, M. H. & Carver, C. S. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: comparing African Americans, Hispanics and non-Hispanic Whites. *Psycho-Oncology*, 11(6), 495-504.
- Decruyenaere, M., Evers-Kiebooms, G., Welkenhuysen, M., Denayer, L., Claes, E. (2001). Cognitive representations of breast cancer, emotional distress and preventive health behaviour: a theoretical perspective. *Psycho-Oncology*, 9(6), 528-526.
- Del Mar González-Tablas, M., Palenzuela, D. L., Pulido, R. F., Sáez Regidor, L. M. & López Pérez, E. (2001). The role of generalized expectancies of control on coping and psychological adjustment in women with breast cancer. *Ansiedad y Estrés*, 7(1): 1-14.
- DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197-229.
- Diener, E. & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81-84.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403-425.
- Fobair, P., Koopman, C., DiMiceli, S. & O'Hanlan, K. (2002). Psychosocial intervention for lesbians with primary breast cancer. *Psycho-Oncology*, 11(5), 427-438.
- Ford, L. A. (2002). Predictors of psychological functioning in African American women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 63(1-B), 523.
- Frost, M. H., Suman, V. J., Rummans, T. A., Dose, A. M., Taylor, M., Novotny, P., Johnson, R. & Evans, R. (2000).

- Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-Oncology*, 9(3), 221-231.
- Gall, T. L. & Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(6), 524-535.
- González Blanco, M. & Victoria García-Viniegras, C. R. (2004). Bienestar psicológico en mujeres con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente. En L. A. Oblitas Guadalupe (Ed.), *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá: Psicom Editores.
- Gordon, M. A. (2000). The breast cancer quality of life scale: a pilot study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 61(4-B), 2265.
- Hagoel, S., Dishon, R., Almog, Z., Silman, S. & Bisland-Becktel, G. R. (2001). Proband family uptake of familial-genetic counseling. *Psycho-Oncology*, 9(6), 522-527.
- Harrington, R. & Loffredo, D. A. (2001). The relationship between life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-Briggs type inventory dimensions. *Journal of Psychology*, 135(4), 439-450.
- Hernández Menéndez, E. & Grau Abalo, J. (2006). *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Kellison, L. J. (2002). An exploration of culture and coping: the experience of Latina women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 63(5-B).
- Lindey, C., Shamul, V., William, T., Winer, E. P. (1998). Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 116(14), 1380-1387.
- Lugo, J., Bacallao, J. & Rodríguez, G. (2002). Validez de contenido de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Revista Cubana de Oncología*, 2(16), 100-106.
- Matthews, A., Baker, F., Hann, D. M., Denniston, M. & Smith, T. G. (2002). Health status and life satisfaction among breast cancer survivor peer support volunteers. *Psycho-Oncology*, 11(3), 199-211.
- McCaul, K. D., Sandgren, A. K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A. & Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8(3), 230-236.
- Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba (2001). *Anuario Nacional de Estadística*.
- Nosarti, C., Roberts, J. V., Crayford, T., McKenzie, K. & David, A. S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1123-1130.
- Roca, M. A. (2007). Los recursos con que contamos –¡o no!– para hacer frente al estrés. Recuperado de: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=129>
- Schnoll, R. A., Knowles, J. C. & Harlow, L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(1), 37-60.
- Schonholtz, J. K. (2000). Psychosocial adjustment to breast cancer: the role of marital support and approach coping. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 61(4-B).
- Sirgo, A., Díaz-Aviejo, M. B., Cano-Vindel, A. & Pérez-Monga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 259-271.
- Soriano, J., Norat, T., Arrébola, J. & Fleitas, G. (1997). Algunas consideraciones en torno al cáncer. En J. R. Acosta Sarriego (Ed.), *Bioética desde una perspectiva cubana* (pp. 165-172). La Habana: Editorial Centro Félix Varela.
- Sosa, C. D., Capafons, J. I. & Carballeira, M. (1999). Afrontamiento, ajuste psicológico y cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 5(1), 47-60.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A. & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S. & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93-102.

■ **García-Viniegras y González Blanco**

- Thorne, S. E. & Murray, C. (2000). Social constructions of breast cancer. *Health Care for Women International*, 21(3), 141-159.
- Tomich, P. L. & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11(2), 154-169.
- Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., López López, M. J. & Andrés Villas, M. (2003). La depresión como reacción adaptativa ante el diagnóstico de cáncer. *Psiquiatría.com*, 7(1).
- Veenhoven, R. (1995). Developments in satisfaction research. *Social Indicators Search*, 20, 333-354.
- Victoria García-Viniegras, C. R. & Maestre, S. (2003). Bienestar psicológico en mujeres climatéricas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 29(3).
- Zhao, W., Wu, J. H., Zhu, M., Fan, S., Zou, Q., Si, S. & Lian, H. (2001). Depression, anxiety and coping style in patients with breast cancer. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 9(4), 286-289.

Fecha de recepción: febrero de 2006
Fecha de aceptación: mayo de 2007